同　　意　　書

　小児慢性特定疾病医療費の支給認定申請にあたり、東京都が転出元の自治体から必要な情報提供を受け、支給認定することについて同意します。

　　年　　月　　日

東京都知事　殿

　　　　　申請者

　　　　　　　住　所

　　　　　　　氏　名

患者氏名